**4. melléklet a 4/2015. (II.26.) önkormányzati rendelethez**

 **2. sz. melléklet a …..(…/…)önkormányzati rendelethez**

**Pátyi Polgármesteri Hivatal**

2071 Páty, Kossuth Lajos u. 83.

🕿 : 06-23/555-531

E-mail: hivatal@paty.hu web: [http://www.paty.hu](http://www.paty.hu/)

***KÉRELEM
gyógyszerkiadásokhoz nyújtott települési támogatás megállapítására***

|  |
| --- |
| 1. A kérelmező személyre vonatkozó adatok: |
|  Neve: .............................................................................................................................. |
|  Születési neve: ................................................................................................................. |
|  Anyja neve: ...................................................................................................................... |
|  Születési helye, ideje: ....................................................................................................... |
|  |
|  |
|  Lakóhely:…………………………………………………………………………………Tartózkodási helye:………………………………………………………………………. |
|   |
| 2. Kérelmező családtagjai: |
|  |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Név | Születési hely, idő | Anyja neve | TAJ | Jövedelem |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
|  |
|  |
|  3. Felelősségem tudatában kijelentem, hogy |
|  - életvitelszerűen a lakóhelyemen vagy a tartózkodási helyemen élek\* (a megfelelő rész aláhúzandó), |
|  - a közölt adatok a valóságnak megfelelnek. |
|  Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt jövedelmi adatok valódiságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10. §-ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv - a NAV hatáskörrel és illetékességgel rendelkező adóigazgatósága útján - ellenőrizheti. |
|  Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához. |
|   |
|  Dátum: ................................................ |
|   |
|  ...................................................................kérelmező aláírása |  ...................................................................a háztartás nagykorú tagjainak aláírása |
|   |
|   |   |
|  \* Ezt a nyilatkozatot csak abban az esetben kell megtenni, ha bejelentett lakó- és tartózkodási hellyel is rendelkezik. |

***A kérelemhez csatolni kell:***

***-Az igénylő és a vele egy háztartásban élők- a kérelem benyújtását megelőző egy havi nettó, munkáltató által kiállított jövedelemigazolását, családi pótlék, árvaellátás, tartásdíj egyéb rendszeres pénzellátás összegéről szóló igazolást. Alkalmi munkából származó jövedelem esetén az utóbbi 1 év átlagában havi átlagos jövedelméről tett nyilatkozatot.***

***- nem tanköteles korú gyermek iskolalátogatási igazolását***

***- gyógyszerköltségről szóló igazolást***

***Igazolás havi gyógyszerköltségről***

***Alulírott…………………………………… háziorvos igazolom, hogy***

***……………………………………név……………………………………..lakcím***

***TAJ………………… betegem havi rendszeresen szedett gyógyszerei és adagolása a***

***következő:***

***……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….***

***……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….***

 ***…………………………***

***háziorvos aláírása pecsétje***

***A………………………………………Gyógyszertár részről igazolom, hogy fenti***

***gyógyszerek havi költsége:…………………………………Ft, azaz………………………..***

***forint.***

***Dátum: …………………………..***

***gyógyszerész aláírása pecsétje***